

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ  
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ  
КАФЕДРА ПРОПЕДЕВТИКИ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ

**В. П. ЦАРЕВ, Е. В. ПЕРЕВЕРЗЕВА**

**ОБСЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНОГО  
С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖЕЛУДКА И  
КИШЕЧНИКА:  
РАССПРОС, ОСМОТР,  
АУСКУЛЬТАЦИЯ, ПЕРКУССИЯ**

Методические рекомендации



Минск 2007

УДК 616.33/.34–071 (075.8)  
ББК 54.132 я 73  
Ц 18

Утверждено Научно-методическим советом университета в качестве  
методических рекомендаций 28.03.2007 г., протокол № 7

Рецензенты: доц. И. А. Герменчук; доц. А. В. Сикорский

**Царев, В. П.**

Ц 18      Обследование больного с заболеваниями желудка и кишечника: расспрос, осмотр, аускультация, перкуссия : метод. рекомендации / В. П. Царев, Е. В. Перверзева. – Минск: БГМУ, 2007. – 18 с.

В удобной для усвоения форме описаны тактика расспроса больного с заболеваниями желудка и кишечника, а также осмотр, аускультация и перкуссия живота. Дана краткая характеристика некоторых клинических синдромов.

Предназначено для студентов лечебного, медико-профилактического, военно-медицинского факультетов, а также для студентов факультета иностранных учащихся.

УДК 616.33/.34–071 (075.8)  
ББК 54.132 я 73

© Оформление. Белорусский государственный  
медицинский университет, 2007

**Общее время занятия:** 3 академических часа.

### **Мотивационная характеристика темы**

Заболевания ЖКТ относятся к наиболее распространенным в мире заболеваниям внутренних органов, если учесть группу кишечных инфекций. Весьма широк их перечень. Многие имеют хроническое течение. В то же время имеются возможности полного излечения некоторых из них при своевременной диагностике, профилактике ближайших и отдаленных осложнений. Настоящие методические рекомендации издаются в помощь студенту медуниверситета, осваивающему методическое обследование состояния желудка и кишечника пациента.

**Цель занятия:** освоить сбор и детализацию жалоб, составление анамнеза, а также физикальные методы исследования (осмотр, аускультацию) живота.

#### **Задачи занятия:**

- научиться выявлять основные и дополнительные жалобы, характерные для заболеваний желудка и кишечника;
- уметь провести осмотр живота;
- уметь провести аускультацию и перкуссию живота;
- уметь предположить и обосновать наличие или отсутствие у обследуемого ряда клинических синдромов: желудочной диспепсии, кишечной диспепсии, пищеводного кровотечения, желудочного кровотечения, кровотечения из нижних отделов ЖКТ, язвенного поражения желудка и ДПК, нарушения моторной функции толстого кишечника, мальабсорбции.

**Требования к исходному уровню знаний.** Для усвоения темы занятия студенту необходимо повторить анатомию желудка и кишечника, их основные физиологические функции.

### **Контрольные вопросы из смежных дисциплин**

1. Анатомическое строение желудка. Варианты формы желудка.
2. Анатомическое строение тонкой кишки, расположение.
3. Анатомическое строение и расположение отделов толстой кишки.
4. Основные физиологические функции желудка — секреторная, моторная, эндокринная.
5. Основные физиологические функции кишечника — секреторная, нутритивная, эвакуаторно-моторная, эндокринная.

## Контрольные вопросы по теме занятия

1. Основные и дополнительные жалобы, систематизированные по-синдромно. Характеристика основных клинических синдромов.
2. Особенности общего осмотра при выявлении заболеваний желудка и кишечника.
3. Осмотр живота в горизонтальном и вертикальном положениях.
4. Аускультация живота.
5. Перкуссия живота. Определение свободной жидкости в брюшной полости.
6. Дать оценку результатам желудочного зондирования.

## Расспрос больного

*Вначале выделяют и детализируют основные жалобы.* Каждую из жалоб детализируют по алгоритму: устанавливают характер жалобы, уточняют время и особенности ее проявления; видимые причины, ее вызывающие; выясняют, от чего она уменьшается или прекращается. Если пациент жалуется на боль, необходимо уточнить ее локализацию и места возможной иррадиации. Основных местных жалоб много. Их удобно разделить на группы.

*Жалобы, указывающие на поражение пищевода: орофарингеальная дисфагия,* или нарушение акта глотания со скоплением пищи во рту, невозможностью ее проглотить, ощущением препятствия на уровне глотки, аспирацией; *одиофагия,* или болезненность за грудиной при глотании; *дисфагия,* или ощущение затруднения и комка в период прохождения пищи по пищеводу; *изжога.*

*Жалобы, определяющие синдром желудочной диспепсии:* боли или чувство тяжести и переполнения в эпигастральной области; изжога, отрыжка, тошнота, рвота. *Изжога* — ощущение жжения или жара по ходу пищевода. *Отрыжка* — внезапное непроизвольное выделение в полость рта газа или жидкого содержимого желудка (в последнем случае называется регургитацией); не сопровождается гиперсаливацией. *Тошнота* — специфическое тягостное ощущение в подложечной области с распространением вверх до полости рта, нередко с позывом на рвоту, часто сопровождается гиперсаливацией. *Рвота* — сложнорефлекторный акт с возбуждением рвотного центра, когда волна антиперистальтики при раскрытии нижнего пищеводного сфинктера приводит к извержению содержимого желудка наружу через рот, реже через нос. При заболеваниях ЖКТ рвоте предшествует тошнота. Следует помнить, что рвотный рефлекс может иметь различное происхождение; соответственно различают **центральную рвоту** (сопутствует патологии ЦНС, ей не предшествует тошнота, она не приносит облегчения), **пищеводную рвоту** (возникает сразу после еды,

необъемна, без кислого запаха, содержит только что съеденную пищу); **желудочную рвоту** (чаще возникает сразу после еды, нередко на фоне тошноты и боли, приносит временное облегчение, может содержать остатки непереваренной пищи, слизь, желчь, кровь, «кофейную гущу»); **кишечную рвоту** (многократная, упорная, с каловым запахом кишечного содержимого, ей предшествуют схваткообразные боли в животе, сопутствуют задержка стула и газов, иногда сначала может быть краткий период поноса); **рвоту вследствие интоксикации** (частая, длительная, сопровождается тошнотой, может приводить к нарушению водно-электролитного баланса вплоть до обезвоживания, коллапса и анурии).

**Жалобы, определяющие пищеводное кровотечение** — пищеводная рвота в виде сгустков крови. В случае попадания крови из пищевода вначале в желудок в рвотных массах может быть примесь в виде «кофейной гущи».

**Жалобы, определяющие кровотечение из желудка и ДПК** — появление рвоты в виде «кофейной гущи» (гемоглобин, взаимодействуя с HCl, превращается в солянокислый гематин), мелены (липкого черного кала с особо неприятным запахом; такой стул называют еще дегтеобразным). Мелена появляется при объеме кровопотери не менее 200 мл. Изредка — при массивном кровотечении и быстром прохождении крови по кишечной трубке — может появиться кровянистый стул.

**Жалобы, определяющие кровотечение из нижних отделов ЖКТ** (дистальнее начала тощей кишки) — кровянистый стул; он может быть в виде кала темно-бордового цвета либо в виде примеси крови на поверхности кала; у больного также может быть кровавая диарея. Если время пассажа кала по кишечнику увеличено (более 72 ч), то при локализации источника кровотечения в нижних отделах ЖКТ до правой половины ободочной кишки может появиться мелена. Следует помнить, что объем кровопотери от 50 мл уже позволяет получить положительную реакцию кала на скрытую кровь. Кроме того при кровопотере более 500 мл всегда изменяются показатели гемодинамики — ЧСС и АД. Кровопотеря более 1000 мл дает постуральные изменения: переход из горизонтального в вертикальное положение сопровождается падением АД не менее чем на 10–20 мм рт. ст. и подъемом ЧСС на 20 уд./мин и более. Кровопотеря объемом 2000 мл сопровождается развитием геморрагического шока. Если инфузионная терапия не проводилась, то гематокрит в первые 2 ч снижается на 25 % от максимального снижения, через 10 ч — на 50 %, через 72 ч — максимально.

При хронической немассивной кровопотере из любого отдела ЖКТ появятся жалобы, характерные для анемического синдрома — такое кровотечение называется скрытым. Слепым желудочно-кишечное кровотечение называют в тех случаях, когда был проведен поиск по протоколу, и источник остался неустановленным.

Собирая анамнез в случае подозрения на желудочно-кишечное кровотечение, стараются установить источник. Поэтому помимо вопросов, логично следующих из вышеизложенного, задают и другие. Имеются ли у пациента сопутствующие боли в животе или в перианальной области? Болел ли пациент язвой? Оперирован ли по поводу язвы? Оперирован ли брюшной отдел аорты? Принимал ли НПВС, антикоагулянты? Болел ли геморроем? Не было ли кровотечений из телеангиэктазий на коже и слизистых? Болел ли гепатитом В, С? Не было ли злоупотребления алкоголем? И другие.

**Жалобы, определяющие синдром кишечной диспепсии:** плеск и урчание в животе, метеоризм, боли типа кишечной колики, диарея, тенезмы, запор. **Урчание** — разнообразные звуки типа переливания, бульканья, лопания мелких пузырьков; они бывают разной высоты и длительности, нередко слышны на расстоянии; характеризуют активность перистальтики. **Метеоризм**, или вздутие живота, возникает из-за повышенного газообразования и проявляется чувством тяжести и распираемостью живота, увеличением его в объеме. Метеоризм развивается при всех заболеваниях, сопровождающихся выраженной диареей, при спастической и динамической кишечной непроходимости, дисбактериозе и др. Нередко метеоризм сопровождается болями в животе — схваткообразными, нечетко локализованными, быстро мигрирующими. Такие боли называют кишечной коликой, и она может также сопровождать спастическую кишечную непроходимость. Следует помнить, что локализованные упорные боли в мезо- и гипогастрии не считают кишечной коликой. Такие боли могут сопровождать, например, дивертикулит, интестинальную ишемию и даже прободение. В последнем случае появятся симптомы раздражения брюшины. **Диарея**, или понос, — выделение из прямой кишки каловых масс ненормальной консистенции с увеличенной частотой. Точно о диарее можно говорить, если масса стула за сутки превышает 250 г, а количество актов дефекации — более 2 раз/сут. Масса стула более 800 г/сут в большей степени свидетельствует о заболевании тонкой кишки, чем толстой. Локализация болей при диарее вокруг пупка указывает на тонкокишечную диарею; в гипогастрии и крестце — на толстокишечную.

Следует различать 4 главных механизма развития диареи: осмотическая, секреторная, моторная, воспалительная. **Осмотическая диарея** возникает в тех случаях, когда в просвет кишки поступают мало абсорбируемые осмотически активные вещества типа лактулозы, сорбитола, фруктозы, магния сульфата; существует исследование осмолярности кала для уточнения наличия данного патогенетического варианта диареи (в Республике Беларусь не применяется). **Секреторная диарея** возникает при усилении секреции или подавлении всасывания жидкостей кишечным эпителием; такой механизм характерен для кишечных инфекций (в ряде случаев развивается дегидратация — при холере), нейроэндокринных опухолей,

приема слабительных типа сенны, бисакодила, коллагенозного колита, гипертиреозидизма. **Моторная диарея** возникает при нарушении двигательной активности кишки, когда ускоренное прохождение химуса и каловых масс по кишке снижает время контакта содержимого со слизистой и, соответственно, снижается всасывание воды, электролитов, питательных веществ. Особенность этого вида диареи — чередование поносов и запоров, наличие в кале слизи и отсутствие крови, одновременное начало болей в животе и диареи с облегчением болей после дефекации, усиление диареи при стрессе, ночная диарея у пациентов с осложненным сахарным диабетом. Возможные причины — постваготомическая и постгастрорезекционная диарея, состояние после резекции позадодной кишки, диабетическая невропатия, злокачественный карциноидный синдром, системная склеродермия, функциональная диарея. Следует учесть, что появление жидкого стула при СРК (синдроме раздраженного кишечника) не является истинной диареей, т. к. не отвечает ее критериям. **Воспалительная диарея** развивается вследствие избыточной экссудации слизи, крови и белка в области воспаления, т. е. это часто кровавая диарея; сопровождается лихорадкой. Такой вариант встречается при инвазивных кишечных инфекциях, болезни Крона, неспецифическом язвенном колите, опухолях кишки. Воспалительная диарея часто сопровождается тенезмами — тягостными ложными позывами на дефекацию.

Собирая анамнез при диарее, задают вопросы, логично следующие из вышеизложенного. Помимо этого уточняют сведения о путешествиях, эпидобстановке, об употреблении в пищу морепродуктов, о переносимости молочных продуктов и продуктов, содержащих глиадин (из пшеницы, ржи, ячменя, овса, проса); о приеме НПВС и ГКСГ, о длительности диареи (диарея, длящаяся более 4 недель считается хронической) и др.

**Запор** (или *constipacio*) — длительная задержка стула; точные критерии симптома — выделение кала в количестве менее 100 г/сут при частоте акта дефекации реже, чем 1 раз в двое суток. Нередко при запорах остается чувство неполного опорожнения кишечника. Пациенты порой сообщают об изменении формы кала в виде «лент», «карандаша», «овечьего кала». Длительные запоры могут приводить к формированию «каловых камней» — скоплению крайне плотного кала, отхождение которого может привести к появлению трещины заднего прохода и даже к разрыву анального отверстия. При хронических запорах часто развивается геморрой. В таких случаях возникает кровотечение из геморроидальных вен разной степени интенсивности; кровь при этом появляется после акта дефекации, покрывает поверхность кала. Патогенетические варианты запора — алиментарный, неврогенный, рефлекторный, гиподинамический, воспалительный, проктогенный (у больных с геморроем), механический (при наличии механического препятствия, например опухоли, полипа, спайки, аномалии развития

кишечника), токсический (медикаментозный или эндокринный — при гипотиреозе); при обезвоживании.

**Из дополнительных жалоб** при заболеваниях желудочно-кишечного тракта могут встречаться лихорадки, похудание, общая слабость, потеря трудоспособности, снижение аппетита.

### **Основные клинические синдромы**

К **основным клиническим синдромам**, помимо охарактеризованных при описании жалоб относят **симптомокомплекс язвенного поражения желудка и ДПК, симптомокомплекс нарушения секреторной функции желудка**, а также **синдромы мальабсорбции и мальдигестии**.

**Симптомокомплекс язвенного поражения желудка и ДПК** — клинико-инструментальный. При ФГДС у пациентов обнаруживается язва или несколько язв любой локализации размерами от 0,3 до 6 см и более в диаметре. Клиническое проявление — различное сочетание симптомов синдрома желудочной диспепсии или один из них. Считается, что самым частым проявлением язвы является боль в эпигастральной области; при локализации язвы в кардиальном отделе желудка или по малой кривизне боль возникает сразу или вскоре после еды; при расположении дефекта близко к антруму или в ДПК — через 2 ч и более либо натощак. Могут встречаться бессимптомные язвы: при случайной ФГДС обнаруживают постязвенные рубцы или даже рубцовый стеноз привратника — осложнение хронической язвы этого отдела. Язва желудка и ДПК может быть самостоятельным заболеванием или являться симптомом, например, осложнением приема ГКСТ или НПВС либо истинно стрессовой язвой при тяжелой черепно-мозговой травме, ожогах, инфаркте миокарда, ряде заболеваний внутренних органов (печени, поджелудочной железы, легких); эндокринные язвы при гиперпаратиреозе и синдроме Золлингера–Элансона (опухоль островкового аппарата поджелудочной железы).

**Симптомокомплекс нарушения секреторной функции желудка** выявляется достоверно при интрагастральной рН-метрии либо при фракционном исследовании кислотности желудочного сока тонким зондом.

В первом случае возможно определение большого диапазона кислотности в различных отделах желудочно-кишечного тракта (в том числе в пищеводе и в двенадцатиперстной кишке). Показатели для рН в теле желудка натощак: 1,6–2 — нормоцидность; 0,9–1,5 — гиперацидность; 2,1–5,0 — гипацидность; более 6,0 — ахлоргидрия. В пилорическом отделе желудка в норме рН обычно более 2,5. Ограничение метода — нет возможности установить объемные показатели, в т. ч. дебит-час секреции, т. е. снимаются моментальные данные в конкретной точке желудка (табл.).



## Кислотность желудочного сока

Показатели	Секреция		
	базальная	стимулированная	
		субмаксимальная	максимальная
Объем желудочного сока	50–100	100–140	180–220
Общая кислотность, м/моль	40–60	80–100	100–120
Свободная HCl, м/моль	20–40	65–85	90–110
Дебит-час общей кислотности, мМоль	1,5–5,5	8–14	18–26
Дебит-час свободной HCl, мМоль	1–4	6,5–12	16–24

Во втором случае исследуют тощаковую, затем — по 4 пятнадцатиминутные порции базальной (до стимуляции) и стимулированной (после стимуляции, например, субмаксимальной дозой гистамина — подкожно 0,008 мг/кг или пентагастрина — подкожно 6 мг/кг) секреции. Замеряют объем сока в каждой порции, титрационным методом исследуют общую кислотность и содержание свободной HCl, рассчитывают для каждой порции дебит-час общей кислотности и свободной HCl. Нормативные показатели вынесены в таблицу. Ограничение метода — нет возможности устанавливать рН желудочного сока в пределах 2,5–6,9 и более.

Клинически симптокомплекс может проявляться изжогой (особенно часто при наличии гастроэзофагеальной рефлюксной болезни), нередко он сопровождается хроническую язву желудка или ДПК — в случае гиперацидности. Истинная ахлоргидрия характерна для атрофического гастрита и проявляется чувством тяжести, распирающего в эпигастрии, отрыжкой воздухом.

В последние годы в Республике Беларусь диагностика состояния секреции проводится весьма редко, что связано с широким внедрением ФГДС и протоколов лечения язв и гастритов. Метод может использоваться для предварительной диагностики редко встречающейся опухоли APUD-системы — гастриномы. Гастринома может быть малых размеров, но, продуцируя избыток гастрина, вызывает выраженную гиперхлоргидрию. Последняя может проявляться хронической часто рецидивирующей язвой или множественными язвами, которые рубцуются на фоне приема высоких доз H<sub>2</sub>-блокаторов или блокаторов протонной помпы. Гиперхлоргидрия в сочетании с поносами является характерным проявлением синдрома Золингера–Эллиса.

Ориентировочно оценить кислотность желудочного сока можно при ФГДС, используя красители конго красный или метиленовый синий. Преимущества метода — выявляются участки слизистой оболочки, не продуцирующие HCl: они не изменяют свою окраску; там же визуально и гистологически обнаруживают атрофические изменения.

***Синдромы мальабсорбции и мальдигестии.***

**Мальабсорбция** — это нарушение всасывания из тонкой кишки пищевых веществ, приводящее к выраженному расстройству питания больного. Мальабсорбция развивается, прежде всего, при структурных изменениях слизистой оболочки тонкой кишки, а также при нарушениях кишечного пищеварения (мальдигестии), кишечном дисбактериозе, усилении моторики и других состояниях.

Классическими признаками синдрома мальабсорбции являются похудание и диарея; при этом кал блестящий в связи с повышенным содержанием жира и плохо смывается с поверхности унитаза. Похудание бывает и поздним признаком заболевания, т. к. выраженность диареи у различных пациентов может быть неодинаковой. У пациентов часто развиваются железо- и В<sub>12</sub>-дефицитная анемия, а также признаки поливитаминовой и ионной недостаточности. К ним относятся поперечная исчерченность ногтевых пластинок, петехии или частые кровотечения, гемералопия (ночная слепота), хейлоз, глоссит, снижение обоняния или вкуса, кровоточивость десен, деменция, периферическая нейропатия, утрата чувства вибрации или позиционного чувства, тетания, оссалгии, аменорея, увеличение околоушных желез, отеки и плохое заживление ран. Неспецифическими симптомами, которые, однако, чаще всего присутствуют, являются метеоризм с увеличением объема живота, быстрая физическая и психическая утомляемость.

Заподозрить наличие синдрома мальабсорбции поможет сочетание изменений в лабораторных показателях: анемия, гипокалиемия, гипокальциемия, гипомагниемия, гипоальбуминемия, гипотриглицеридемия, гипохолестеринемия и др. К сожалению, изменение этих показателей не специфично. Диагностике помогает сочетание множественности лабораторных изменений с основными признаками синдрома — диареей и похуданием.

**Мальдигестия** — недостаточность кишечного пищеварения, клинически проявляющаяся признаками синдрома мальабсорбции.

## Объективное исследование

**Осмотр** необходимо проводить при хорошем, желательно дневном, освещении или под лампами дневного света. Живот должен быть обнажен от мечевидного отростка до лобкового симфиза. Больному предлагают расслабить мышцы живота. Начинать осмотр надо не спеша, следует избегать резких и неожиданных движений. Врач начинает осмотр живота, находясь справа от больного. Чтобы оценить форму живота и видимую перистальтику, лучше смотреть на брюшную стенку сбоку.

Сразу следует оценить шрамы, полосы (*striae*), расширенные подкожные вены, мелкие сыпи и раны, форму живота. Живот может быть плоским, вздутым или ладьевидным (впалым). Давние белые полосы, или по-

лосы растяжения, являются вариантом нормы. Пурпурно-розовые полосы наблюдаются при синдроме Кушинга. В норме может быть заметно несколько небольших малоизвитых вен. Расширение подкожных вен происходит при циррозе печени или обструкции нижней полой вены. Оценивают пупок, его форму и расположение, а также любые признаки воспаления.

Устанавливают, нет ли выпячиваний в боковых отделах и других областях брюшной стенки. Можно обнаружить выпячивание боковых отделов брюшной стенки при асците, выпячивание в надлобковой области при переполнении мочевого пузыря; выпячивание, образованное маткой во время беременности, опухоли, а также грыжевые выпячивания. При *послеоперационной грыже* выпячивание происходит через брюшную стенку в месте послеоперационного рубца. Пальпаторно определяют длину и ширину дефекта брюшной стенки. Чем меньше дефект брюшной стенки и больше грыжевой мешок, тем больше риск развития осложнений. *Эпигастральная грыжа* представляет собой небольшое выпячивание на белой линии живота в любом месте между мечевидным отростком и пупком. Осматривают белую линию живота в положении больного лежа на спине с приподнятой головой и плечами или стоя. *Диастаз прямых мышц живота* — расхождение прямых мышц, через которое может происходить грыжевое выпячивание органов брюшной полости. Выпячивание больше всего заметно по срединной линии, когда больной в положении лежа на спине приподнимает голову и плечи. К образованию диастаза прямых мышц могут предрасполагать повторные беременности, ожирение и хронические заболевания легких.

Причинами изменения формы живота часто является *увеличение органа* или *опухоль* в брюшной полости. Ищут печень или селезенку, выступающие из-под края реберной дуги. В нижней части брюшной полости чаще встречаются опухоли яичника или миома матки.

При асците за счет скопления жидкости в боковых отделах живот распластан в лежачем положении больного («лягушачий» живот) или обвисает в вертикальном положении. Пупок выступает («выбухает») в связи с увеличением внутрибрюшного давления.

Обращают внимание на симметричность брюшной стенки. Асимметрия возникает при увеличении органа или при наличии опухоли в брюшной полости.

Больших размеров опухоль, обычно растущая из области таза, при перкуссии проявляется притуплением перкуторного звука. Наполненные газом петли кишечника смещаются в боковые отделы живота. Иногда переполненный мочевой пузырь может быть ошибочно принят за опухоль.

*Липомы* — наиболее часто встречающиеся доброкачественные опухоли, состоящие из жировой ткани, которые располагаются подкожно и могут локализоваться в любом участке тела, в том числе на брюшной стенке.

Они могут быть любого размера, обычно мягкие и состоят из долек. При надавливании на липому она выскальзывает из-под пальца.

Повышенное отложение *жировой ткани* является наиболее частой причиной увеличения живота и чаще всего сочетается с общим ожирением. Увеличение живота происходит за счет утолщения брюшной стенки и отложения жира в брыжейке и сальнике. Пупок при этом обычно втянут. Перкуторный звук неизменен. Нижняя часть живота может свисать в виде фартука. При осмотре «фартук» следует приподнять, чтобы не пропустить воспаление кожи в складке под ним или скрытую им грыжу.

Метеоризм — вздутие живота вследствие скопления газов. Перкуторный звук в этих местах тимпанический. Повышенное газообразование, обусловленное употреблением в пищу определенных продуктов, вызывает небольшое вздутие живота. Быстро развившийся метеоризм может сопровождать кишечной непроходимости. Обращают внимание на распространение вздутия. При низкой кишечной непроходимости оно более выражено, чем при высокой.

При подозрении на наличие кишечной непроходимости наблюдают за брюшной стенкой в течение нескольких минут. Выраженное усиление перистальтики характерно для кишечной непроходимости. Умеренные перистальтические движения могут наблюдаться у здоровых худых людей.

При пониженном питании в эпигастральной области часто наблюдается передаточная пульсация аорты. Усиление пульсации возникает при аневризме аорты или повышении пульсового давления. Эпигастральная пульсация может быть обусловлена гипертрофией и дилатацией правого желудочка у лиц с заболеваниями сердца и легких.

**Аускультация** брюшной полости помогает оценить двигательную функцию кишечника, обнаружить стеноз почечной артерии, являющийся причиной артериальной гипертензии, и установить нарушение тока крови по другим сосудам брюшной полости. При аускультации живота возможно выслушать также шумы трения брюшины при перигепатите и перисплените.

Аускультацию брюшной полости проводят перед перкуссией и пальпацией брюшной полости, так как перкуссия и пальпация могут изменить характер кишечных шумов. Не следует сильно прижимать фонендоскоп к поверхности брюшной стенки.

Обращают внимание на характер и частоту возникновения *кишечных шумов*. Нормальные кишечные шумы представляют собой щелкающие и булькающие звуки. Частота их возникновения колеблется от 5 до 34 в минуту. При усилении перистальтики иногда выслушивается урчание — громкие, продолжительные булькающие звуки (например, знакомое всем урчание желудка). Так как кишечные шумы проводятся по всей брюшной полости, то удобно выслушивать их всегда в одной области (например, в правом верхнем или нижнем квадранте живота). Кишечные шумы могут

изменяться при диарее, кишечной непроходимости, паралитическом илеусе и перитоните.

Следует практиковаться до тех пор, пока не сформируется навык распознавания всех вариантов нормы. Это позволит применить свои умения в нужный момент. В большинстве же случаев аускультация органов брюшной полости неинформативна.

Для выявления шума стеноза почечных артерий проводят аускультацию в эпигастральной области и в мезогастррии на 3–4 см латеральнее пупка с двух сторон.

**Перкуссия** помогает оценить количество и распределение газов в брюшной полости и исследовать образования, не имеющие полости или заполненные жидкостью.

На поверхности брюшной стенки определяют зоны тимпанического и тупого перкуторного звука. На большей части поверхности брюшной стенки отмечается тимпанический звук из-за преобладания газов в пищеварительном тракте, но над участками кишечника, заполненного жидкостью или каловыми массами, перкуторный звук тупой. Для кишечной непроходимости характерен вздутый живот с тимпаническим перкуторным звуком.

Обращают внимание на большие области притупления перкуторного звука, которые указывают на наличие опухоли или увеличение размеров органа; это наблюдение поможет позже при пальпации. Причинами притупления перкуторного звука могут быть матка во время беременности, опухоль яичника, переполненный мочевой пузырь (в этих случаях выше зоны притупления определяется тимпанический перкуторный звук), увеличенная печень или селезенка.

При вздутии живота обращают внимание на границу тимпанического и тупого звука: последний соответствует паренхиматозным органам, расположенным в брюшной полости. Укорочение перкуторного звука в боковых отделах живота требует дальнейшего исследования на наличие асцита.

**Приемы для определения признаков возможного асцита.** Вздутый живот с выпячиванием боковых отделов указывает на возможное скопление асцитической жидкости. Асцитическая жидкость стекает вниз, а наполненные газом петли кишок поднимаются вверх. В местах скопления асцитической жидкости перкуторный звук тупой. Проводят перкуссию от области тимпанического звука (от пупка) в нескольких направлениях, обычно латерально.

Подтвердить асцит позволяют два следующих приема, хотя иногда их результаты могут вводить врача в заблуждение.

**Определение смещения зоны тупого перкуторного звука.** После определения границы тупого и тимпанического перкуторного звука просят больного повернуться на бок, после чего снова определяют границу. При отсутствии асцита расположение этой границы не изменяется.

**Определение флюктуации.** Просят больного или помощника надавить ребрами ладоней обеих рук на живот по срединной линии (это предотвращает распространение колебаний жировой ткани). Пальцами одной руки баллотируют по одной стороне живота, а другой рукой стараются ощутить колебания жидкости с противоположной стороны. К сожалению, не всегда удается ощутить колебания при наличии асцитической жидкости, а иногда этот симптом может быть положительным при отсутствии асцита.

### **Задание для самостоятельной работы**

Студентам предлагается провести в учебном классе соответствующее физикальное обследование студентов-добровольцев. Далее работа выполняется в палатах, где проводится сбор жалоб и анамнеза у больных с патологией желудка и кишечника; проводятся осмотр и аускультация живота. По результатам работы оформляется фрагмент истории болезни соответственно протоколу из «Схемы истории болезни».

### **Тест-контроль**

1. Какую жалобу могут предъявить здоровые люди?
  - а) диарея;
  - б) урчание в эпигастральной области;
  - в) рвота «кофейной гущей»;
  - г) мелена.
2. Прямым признаком поражения пищевода не является:
  - а) дисфагия;
  - б) боль за грудиной при глотании пищи;
  - в) диарея;
  - г) метеоризм.
3. К симптомокомплексу желудочной диспепсии не относится:
  - а) одинофагия;
  - б) боль в эпигастрии;
  - в) тошнота;
  - г) отрыжка кислым.
4. Кровотечение из желудка и ДПК может проявиться:
  - а) рвотой типа «кофейной гущи»;
  - б) меленой;
  - в) снижением АД;
  - г) учащением ЧСС при ортостатической пробе.
5. Кровотечение из двенадцатиперстной кишки никогда не проявляется:
  - а) кровянистым стулом;
  - б) меленой;

- в) рвотой алой кровью;  
г) отделением вспененной алой крови изо рта.
6. К признакам симптомокомплекса кишечной диспепсии относят:  
а) метеоризм;  
б) боли в мезо- и гипогастрии;  
в) диарею;  
г) рвоту.
7. Симптомокомплекс язвенного поражения желудка включает:  
а) запоры;  
б) кровавую диарею;  
в) язвенный дефект, обнаруженный при ФГДС в желудке;  
г) язвенный дефект, обнаруженный при сигмоскопии.
8. Нормальные показатели рН-метрии области тела желудка лежат в пределах:  
а) 0,5–1,1;  
б) 6,0–7,0;  
в) 0,1–1,3;  
г) 1,6–2,0.
9. Лабораторное исследование кислотности желудочного сока необходимо для предварительной диагностики:  
а) хронического гастрита;  
б) язвы желудка;  
в) гастриномы;  
г) динамической кишечной непроходимости.
10. Для патологии тонкого кишечника наиболее характерна локализация болей:  
а) вокруг пупка;  
б) в подложечной области;  
в) в области реберно-позвоночного угла;  
г) в правом подреберье.
11. Аускультацию живота проводят с целью выслушивания:  
а) перистальтических шумов;  
б) сосудистых шумов;  
в) шумов трения брюшины;  
г) функциональных сердечных шумов.
12. Диареей называют:  
а) неоформленный стул;  
б) жидкий стул;  
в) жидкий стул более 2 раз/сут;  
г) дегтеобразный стул.

13. Хронической диареей считают:
- а) кровавую диарею;
  - б) диарею, продолжающуюся более 2 недель;
  - в) диарею, вызывающую симптомы обезвоживания;
  - г) диарею, продолжающуюся более 4 недель.
14. Запором считают:
- а) отсутствие стула более 2 суток;
  - б) отсутствие стула не менее недели;
  - в) кишечную непроходимость;
  - г) затруднение акта дефекации.

### **Ответы к самоконтролю**

1 – б; 2 – в, г; 3 – а; 4 – а, б, в, г; 5 – в, г; 6 – а, б, в; 7 – в; 8 – г; 9 – в; 10 – а; 11 – а, б, в; 12 – в; 13 – г; 14 – а.

### **Литература**

#### ***Основная***

*Пропедевтика* внутренних болезней : учеб. / под ред. В. Х. Василенко, А. В. Гребенева. 3-е изд. М.: Медицина. 1989.

#### ***Дополнительная***

1. *Секреты* гастроэнтерологии / под ред. П. Р. Мак-Нелли. СПб: Невский диалект. 2001.
2. *Энциклопедия* клинического обследования больного / пер. с англ. М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА. 1997.



## Оглавление

Мотивационная характеристика темы ( <i>В. П. Царев</i> ) .....	3
Контрольные вопросы из смежных дисциплин ( <i>В. П. Царев</i> ) .....	3
Контрольные вопросы по теме занятия ( <i>В. П. Царев</i> ) .....	4
Расспрос больного ( <i>Е. В. Переверзева</i> ).....	4
Основные клинические синдромы ( <i>Е. В. Переверзева</i> ) .....	8
Объективное исследование ( <i>Е. В. Переверзева</i> ) .....	10
Задание для самостоятельной работы ( <i>Е. В. Переверзева</i> ).....	14
Литература.....	16

Учебное издание

**Царев Владимир Петрович**  
**Переверзева Елена Вячеславовна**

**ОБСЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНОГО  
С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖЕЛУДКА  
И КИШЕЧНИКА: РАССПРОС, ОСМОТР,  
АУСКУЛЬТАЦИЯ, ПЕРКУССИЯ**

Методические рекомендации

Ответственный за выпуск В. П. Царев  
Редактор А. И. Кизик  
Компьютерная верстка Н. М. Федорцовой  
Корректор Ю. В. Киселёва

Подписано в печать 29.03.07. Формат 60×84/16. Бумага писчая «КюмЛюкс».

Печать офсетная. Гарнитура «Times».

Усл. печ. л. 1,16. Уч.-изд. л. 0,83. Тираж 100 экз. Заказ 348.

Издатель и полиграфическое исполнение –

Белорусский государственный медицинский университет.

ЛИ № 02330/0133420 от 14.10.2004; ЛП № 02330/0131503 от 27.08.2004.

220030, г. Минск, Ленинградская, 6.

